

¡Bienvenido!

Información Sobre el Paciente


Fecha de hoy ___/___/___

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre y Apellido de su esposo(a) _____
(Si es menor nombre y apellido de la madre y del padre)

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Correo Electrónico: _____@_____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____



Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ Otro: _____

Normalmente contactamos a nuestros paciente entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m.
A que numero prefiere que le llamemos:

Llame a este numero 1ro:	CASA	TRABAJO	CELULAR
Llame a este numero 2do:	CASA	TRABAJO	CELULAR
Llame a este numero 3ro:	CASA	TRABAJO	CELULAR

Si no esta disponible a la hora que le contactemos, ¿podemos dejar información sobre su salud dental o sobre su seguridad dental con otra persona? Por favor circule todas las que apliquen:

Deje un mensaje en:

NO SI, con: _____ CASA TRABAJO CELULAR

¿En caso de alguna emergencia, a quien debemos de contactar?

Nombre _____ Teléfono _____
Relación con el paciente: _____

REFERENCIA

¿A quien podemos agradecerle por haberle referido a nuestra oficina?

Familiar/Amigo:
Nombre: _____

Pasando por el área.

Compañía de Seguro

Búsqueda por Internet

Paginas Amarillas(libro or internet)

Otro: _____

Persona Responsable:

Nombre de la persona responsable por esta cuenta _____ Relacion con el Paciente _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Numero de Seguro Social: _____ Numero de Licencia de conducir: _____

Nombre del lugar de trabajo _____ Numero de Teléfono del trabajo: _____

¿Es esta persona paciente de la oficina? SI NO

INFORMACIÓN SOBRE SU COMPAÑÍA DE SEGURO-(SEGURO PRINCIPAL)

Nombre de la persona principal en el Seguro: _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de su compañía de Seguro _____ Teléfono (____) ____ - _____

Dirección _____ Numero del Grupo _____

Compañía para la que trabaja: _____ Teléfono (____) ____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Cuánto beneficio de su seguro ha usado este año? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU COMPAÑÍA DE SEGURO-(SEGUNDO SEGURO, Si tiene mas de uno)

Nombre de la persona principal en el Seguro: _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de su compañía de Seguro _____ Teléfono (____) ____ - _____

Dirección _____ Numero del Grupo _____

Compañía para la que trabaja: _____ Teléfono (____) ____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Cuánto beneficio de su seguro ha usado este año? _____

Finanzas

El pago total es requerido en cada cita. Para su conveniencia, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Si tiene alguna pregunta déjenos saber y será un placer asistirle.

Por favor marque la opción que corresponda con la forma de pago que le gustaría utilizar:

- Efectivo Cheque Personal
- Visa Master Card
- American Express Discover
- Care Credit Citi Healthcard

Si prefiere, podemos mantener su numero de tarjeta y transferir cualquier balance directamente. Si le gusta esta opcion, escriba la informacion en este espacio:

Numero de su tarjeta _____

Fecha de Expiración: _____

Codigo CV: _____

FIRMA: _____

**Acuerdo de Liberacion y Autorización de pago
Por Servicios Prestados**

Autorizo a *Elgin Dental Associates o Carol Stream Dental Associates* para proporcionar cualquier información incluyendo el diagnostico y el record de cualquier tratamiento o examinación hecha a mi persona o a mis dependes durante el tiempo que dure mi tratamiento dental o el de mis dependes, a terceros pagadores y/o a cualquier otro profesional de la Salud.

Autorizo a mi compañía de seguro para pagar directamente a *Elgin Dental Associates o Carol Stream Dental Associates* por cualquier beneficio que me cubra por los servicios hechos a mi o a mis dependes.

Entiendo que mi compañía de seguro puede pagar menos del total generado por los servicios que se me hagan a mi o a mis dependes. Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable por cualquier balance pendiente mió o de mis dependes que no sea cubierto por mi seguro.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las normas de esta oficina y se me ha dado la opción de recibir una copia de dichas normas.

X _____ Fecha: _____
Firma de la persona responsable

X _____ Fecha: _____
Firma de la persona co responsable

Normas de nuestras oficinas

Gracias por preferir a *Elgin Dental Associate* y *Carol Stream Dental Associates* como su oficina dental. Nuestra oficina se compromete a ofrecerle el mejor resultado posible para su tratamiento Dental. Nuestro departamento de seguros y nuestros consejeros de financiamiento trabajaran arduamente para asegurarse que su papeleo sea procesado correcta y rápidamente.

Pago por servicios dentales

Para poder proveerle un servicio de alta calidad y a la vez mantener nuestros precios bajos, requerimos que el total de su balance sea pagado el mismo día de su tratamiento. Si no tiene seguro dental, usted es responsable y debe pagar el total de su cuenta el mismo día que se le haga cualquier servicio dental

Seguro Dental

Como una cortesía, cobraremos y colectaremos de su compañía de seguro la porcion que a ellos les corresponde pagar. Una vez recibido el pago, le daremos un crédito a su cuenta. El día de su visita calcularemos su pago inicial y mandaremos una factura a su seguro por el balance restantes. Una vez que su seguro pague o En caso de que su seguro no cubra o se niegue a pagar cualquier servicio, la responsabilidad del balance será completamente suya. Cualquier saldo restante sera su responsabilidad y se le facturará directamente a usted.

Seguro secundario

Tener mas de un seguro no quiere decir que los seguros pagaran 100% por los servicios dentales. El segundo seguro usualmente paga dependiendo de lo que pague el primer seguro. La oficina mandara la factura a los dos seguros, cualquier balance restante después de que los dos seguros paguen será su responsabilidad y se le facturara directamente a usted.

Pacientes menores de edad

Entiendo que si mi hijo/hija es menor de edad yo soy responsable por pagar cualquier balance, en caso que mi hijo/hija asita a su cita sin mi compañía mandare el pago con el/ella o su acompañante. En caso que los padres sean divorciados, la persona acompañante sera la responsable por el pago de esa visita.

Citas Perdidas

Nos reservamos el derecho de cobrar por citas perdidas sin previo aviso de 48 horas. La cita perdida se cobrara como una visita normal a la oficina (por lo general entre \$ 50 y \$ 100) Por favor ayúdenos a ofrecerle un mejor servicio, dando aviso de 48 horas si es necesario cambiar una cita programada.

Transferencia de records

Estamos obligados por ley a mantener todos los registros originales de tratamiento en nuestros archivos, sin mbargo, puede llenar y firmar una solicitud para que sus registros sean duplicados y/o trasladados por un costo de \$ 25.00 por persona.

Responsabilidad de Pago

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en que en el caso de incumplimiento en el pago de cualquier cantidad debida, y si esta cuenta se coloca en las manos de cualquier agencia o abogado para la recolección o acción legal, de pagar un cargo adicional equivalente al costo de cobranza, incluyendo honorarios de la agencia y el abogado y los costos judiciales incurridos y permitido por las leyes que rigen estas operaciones.

Gracias por comprender nuestro Código de conducta financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud antes de firmar esta forma.

He leído las normas financieras antes mencionadas. Al firmar este documento certifico que entiendo y acepto todas las normas financieras de estas oficinas.

X _____
Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

X _____
Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

INFORMACION SOBRE SU PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo ciertos derechos sobre mi información privada con respecto a mi salud. Estos derechos me los otorga el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar esta forma, autorizo a esta oficina a usar e impartir mi información privada de salud para:

- * Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud que pudieran tomar parte en mi tratamiento);
- * Obtener pago de terceras personas (ejemplo: compañías de aseguranza, etc.);
- * Las labores diarias de esta oficina.

Se me ha informado y dado la oportunidad de revisar y obtener una copia de la noticia de privacidad de esta oficina, la cual contiene información más completa de las formas en que se puede usar e impartir mi información privada y los derechos que me otorga HIPPA. Entiendo que esta oficina se reserva el derecho a cambiar los términos de esta noticia de un momento a otro y que yo puedo contactar la oficina para obtener una copia de de la información mas reciente, concerniendo a esta noticia.

Entiendo que tengo el derecho a restringir la forma en que sea usada o impartida mi información privada, cuando sea compartida para obtener pago, hacer un tratamiento, etc. pero esta oficina no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones. En dado caso que la oficina estuviera de acuerdo, la oficina debe seguir las restricciones al pie de la letra.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, cuando así lo desee. Cualquier uso de mi información privada antes de que revoque este consentimiento no será afectada.

Nombre de el paciente: _____

Firma _____

Fecha _____

Relacion con el paciente _____

(si no es el paciente el que firma)

